

ניתן להגיש תביעה באמצעים הבאים: דוא"ל Tviot_t.e@ayalon-ins.co.il או בפקס: 03-7569578
טלפון מרכז שירות לקוחות לבירורים: 1-800-35-2001

מבוטח נכבד שים לב!

על מנת למנוע עיכוב בטיפול בתביעתך, יש לצרף לתביעה את כל המסמכים הרלוונטיים ברשימה שלהלן

- חוברת תביעה מלאה וחתומה הכוללת:
 - אישור לימודים במוסד החינוכי ואישור היעדרות מלימודים במוסד החינוכי - עמוד 3 לחוברת התביעה.
 - כתב ויתור על סודיות רפואית - עמוד 4 לחוברת התביעה.
- צילום תעודת זהות של התובע. אם מדובר בקטין - צילום תעודת זהות של שני ההורים כולל הספח בו מופיעים פרטי התובע.
- אם מדובר בהורה יחיד - תצהיר אפוסטרופוס חתום על ידי ההורה.
- מסמכים רפואיים מיום התאונה.
- מסמכים רפואיים עדכניים בתחום הפגיעה, בדיקות, צילומי רנטגן, הכל בהתאם לסוג הפגיעה.
- מסמכים מהמשטרה, מגן דוד, המוסד לביטוח לאומי וכד', ככל שהיתה מעורבות שלהם באירוע.
- אם התביעה מטופלת על ידי עורך דין - יפוי כוח חתום במלואו.

מספר פוליסה

מתייחס לתאונות שארעו
החל מ-01/09/2024

1. פרטי הנפגע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה
כתובת	כתובת מייל		
טלפון	טלפון נייד		

2. תביעה עבור

נכות זמנית (היעדרות מלימודים) נכות צמיתה החזר הוצאות פיצוי בגין מוות כיסוי הורה נפגע

3. המוסד החינוכי בו למד הנפגע במועד התאונה

שם המוסד	כתובת	מס' טלפון	סמל מוסד
----------	-------	-----------	----------

4. התאונה

מקום אירוע	תאריך האירוע	שעה	במסגרת שעות לימוד <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
תיאור מפורט של התאונה/אירוע			

5. תאור ההיזק (להלן "הפגיעה") וצרוף מסמכים רפואיים

מהות הפגיעה (יש לצרף מסמכים רפואיים) _____

טיפול ראשוני ניתן ע"י (יש לצרף מסמכים רפואיים) _____

פניה לקופ"ח/מוסד רפואי אחר	שם קופ"ח/מוסד אחר	רופא מטפל
אשפוז בבי"ח	מתאריך	עד תאריך

הנפגע נעדר מבית הספר בהוראת רופא מתאריך _____ עד תאריך _____ (נא לצרף אישור רפואי)
לתשומת ליבך, היעדרות מהמוסד החינוכי מתחת ל-55 ימים רצופים לא מזכה בתגמולי ביטוח בגין נכות זמנית/אי כושר במידה והיתה העדרות מהמוסד החינוכי של מעל 55 ימים רצופים נא לצרף אישור רפואי בגין ימי ההעדרות מרופא בתחום הפגיעה או מהמוסד הרפואי בו אושפז או טופל הנפגע.

6. עדים לתאונה

שם	כתובת	טלפון
שם	כתובת	טלפון

האם הילד נפגע בתאונה בעבר? לא כן, אם כן, ציין/י - תאריך _____ מהות הפגיעה _____

7.

אני הח"מ מבקש כי תיבדק התביעה לפיצוי בגין הפגיעה הנ"ל וישולם הפיצוי המגיע על פי פוליסת תאונות אישיות לתלמידים.
נבקש להעביר את תגמולי הביטוח, אם וככל שמגיעים,

לבנק	מס' סניף	שם הסניף	מס' חשבון	ע"ש
------	----------	----------	-----------	-----

חתימת ההורים או אפוטרופוס או אדם אחר שבמשמרתו נמצא הילד

1.	שם	מספר זהות	תאריך	חתימה
2.	שם	מספר זהות	תאריך	חתימה

אין לעכב את מסירת ההודעה אם
התלמיד טרם חזר לבית הספר!

חתימת התלמיד במידה והתלמיד בגיר (גיל 18 ומעלה)

תאריך

למילוי על ידי המוסד החינוכי / הרשות המקומית

מבוטח נכבד שים לב! צירוף טופס זה בעת הגשת תביעה ימנע עיכוב בטיפול בתביעתך

תאריך _____

לכבוד

איילון חברה לביטוח בע"מ

הנדון: אישור לימודים במוסד החינוכי ואישור היעדרות מלימודים במוסד החינוכי עקב תאונה

הריני לאשר כי התלמיד _____ מספר זהות _____ תאריך לידה _____
למד כתלמיד מן המניין במוסד החינוכי (שם המוסד) _____
במועד תאריך האירוע _____ (יש לציין תאריך).

09.2024

כתובת המוסד החינוכי _____
סמל מוסד _____ טלפון _____
התלמיד למד במוסד החינוכי מתאריך _____ עד תאריך _____

על פי רישומי המוסד החינוכי, כתוצאה מהאירוע נעדר התלמיד מהלימודים
מתאריך _____ עד תאריך _____

בכבוד רב,

חתימה +חותמת

שם החותם ותפקידו במוסד החינוכי/הרשות המקומית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי		תעודת זהות		שם האב
רחוב	מס' בית	עיר	מיקוד	טלפון	

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל חב' ביטוח ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד החינוך ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למינהל האוכלוסין ו/או למשרד העלייה והקליטה ו/או לשרות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או מכון מור מאר ו/או בי"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ולכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור לאיילון חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן ל"אבנר" למסור חומר ו/או מידע המתייחסים לביטוחים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן. למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור סודיות זה על המוסדות הבאים:

חלק ב			
שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם המוסד
שמות נותני השירותים			
רופאים		מכונים/מעבדות	
1. _____	1. _____	_____	
2. _____	2. _____	_____	
3. _____	3. _____	_____	
4. _____	4. _____	_____	

מס' אישי בצה"ל	קופ"ח קודמת	מרפאה קודמת
----------------	-------------	-------------

שם האם	שם האב	שם האם	שם האב
ת.ד.	ת.ד.	ת.ד.	ת.ד.

תאריך	עד לחתימה (עו"ד/סוכן ביטוח/עו"ס) יש לציין מספר רישיון	חתימה (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)
-------	---	--